



La enfermedad de Alzheimer causa que millones de personas pierdan su habilidad de reconocer caras y lugares familiares. Pueden sentirse desorientados y perdidos en su vecindario o lejos de su casa. Aunque esta conducta es común, puede ser peligrosa, incluso convertirse en una amenaza para los que la padecen y para sus cuidadores.

Existe ayuda. El programa Alzheimer's Association Safe Return™ ayuda para lograr el regreso seguro de individuos con Alzheimer o una demencia relacionada que deambulan y se extravían.

Asistencia

Alzheimer's Association Safe Return™ es un programa de identificación nacional de apoyo y registro que funciona en comunidades locales. Alzheimer's Association Safe Return™ brinda asistencia en caso de que alguna persona se pierda localmente o lejos de casa. La asistencia está disponible las 24 horas, todos los días, siempre que una persona se extravía o se le encuentra.

Cuando se notifica la desaparición de la persona registrada en el programa, Safe Return envía por fax su fotografía y datos al organismo municipal correspondiente. Cuando alguien lo encuentra, tanto si es un ciudadano como un funcionario del municipio, llaman al número 800 y Safe Return lo notifica a la persona de contacto que figura en el registro. La sucursal local de la Asociación suministra el soporte.

Identificación

- Con la cuota de \$40 usted recibe los siguientes artículos¹:
- Una pulsera o collar grabados con los datos de identificación, etiquetas para adherir a las prendas de vestir, un llavero, un pin, un imán de refrigerador, tarjetas de billetera y una lista para el cuidador (*Caregiver Checklist*).
 - Por un cargo adicional de \$5 dólares recibirá joyerías para la persona encargada. En caso de una emergencia, les avisa a otros que usted está a cargo de una persona registrada en el programa Safe Return.

¹Los productos de identificación se envían a la dirección del contacto principal, a menos que se indique lo contrario.

Registro

- Envíe por correo la solicitud completa, el pago* y la fotografía de la persona solicitante** a la dirección al reverso.
- Para registro por teléfono, llame gratis al 1.888.572.8566 (las 24 horas, todos los días) con la información de registro y tarjeta de crédito. Para registro por Internet visite la página www.alz.org/safereturn. Para actualizar cualquiera de los datos de registro llame al 1.888.572.8566. Para servicio TDD, llame al 1.888.500.5759.

*La cuota de registro es \$40. Añada \$5 para la joyería para la persona encargada.

** Escriba el nombre de la persona registrada al reverso de la fotografía (ésta no será devuelta).

Estilos De Joyería

Indique el tipo y estilo de joyería. Medida de la muñeca para la pulsera.

Instrucciones: Use cinta de medir flexible o coloque un hilo alrededor de la muñeca y mídalo con la regla de referencia.

Estilo A



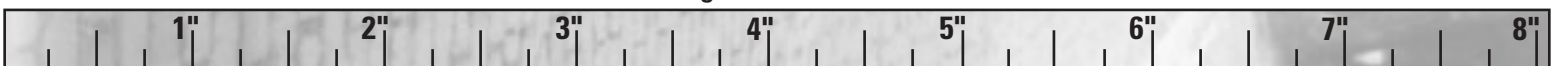
Estilo B



Estilo C



Regla de Referencia



Para más información sobre nuestro programa Safe Return, llame a la sucursal local de Alzheimer's Association o al número 1.800.272.3900.

Preparado bajo la subvención número 96-MU-MU-0009 de la Oficina de Justicia Juvenil y Prevención de Delincuencia, Oficina de Programas de Justicia, Departamento de Justicia de Estados Unidos. PF205CS ©1999 Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, Inc. (Alzheimer's Association) Todos los derechos reservados. Revisado 2004.

Información de Registro del Programa Alzheimer's Association Safe Return™ (Por favor, escriba con letras de molde)

PERSONA REGISTRADA

Nombre Completo _____

Nombre o apodo _____
(Este nombre se imprimirá en los productos de identificación.)

Domicilio _____

Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono () _____

Número de Seguro Social (si tiene) _____

Fecha de nacimiento _____

Estatura _____ Peso _____

Color de ojos _____ Color de cabello _____

Raza _____

Complejión (circule uno) _____

Clara _____ Media _____ Oscura _____

Género (circule uno) Hombre _____ Mujer _____

Idioma _____

Condición médica _____

Medicamentos vitales _____

Circule las características que correspondan:

Lentes de contacto _____ Lentes _____ Audífono _____

Peluca _____ Barba _____ Bigote _____

Calvo _____ Bastón _____

Otros _____

Describa/Lugar: _____

Lunar _____ Tatuaje _____

Cicatriz _____ Lunar de nacimiento _____

Fotografía actual proporcionada: Sí No
(Foto original, tamaño pasaporte o más grande)

INFORMACION PARA CONTACTO

Contacto Principal. Si se encuentra a alguien extraviado, se le llama primero a su encargado ya que dicha persona puede arreglar el regreso de la persona registrada.

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono () _____

Trabajo () _____

Relación con la persona registrada _____

Personas adicionales a las que se puede llamar para dar o recibir información si la persona registrada está extraviada o ha sido encontrada.

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono () _____

Trabajo () _____

Relación con la persona registrada _____

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono () _____

Trabajo () _____

Relación con la persona registrada _____

Autoridades encargadas _____
(Departamento de Policía o del alguacil más cercano a la residencia del individuo registrado)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono () _____

Fax () _____

Consulte los Estilos de Joyería al reverso

Joyería (Circule el tipo y estilo)

Tipo: Pulsera o Collar **Estilo:** A B C

Medida exacta de la muñeca: _____ pulgadas
(Se requiere la medida si se ordena la pulsera)

Opción de joyería para la persona encargada
(Circule tipo y estilo)

Tipo: Pulsera o Collar **Estilo:** A B C

Medida exacta de la muñeca: _____ pulgadas

Autorización

Yo, el suscrito, en mi nombre y de la persona registrada mencionada anteriormente, autorizo por este medio a la asociación denominada Alzheimer's Association, Inc., y al programa Alzheimer's Association Safe Return™ (colectivamente llamada "Alzheimer's Association") que proporcione la información anterior al responder a llamadas de emergencia en relación a la persona registrada y además estoy de acuerdo en indemnizar y no hacer responsable por daños a la Alzheimer's Association, sus sucursales locales y afiliados, ni a sus respectivos empleados, agentes, funcionarios y directores, de cualquier reclamo (que no sea de mala conducta deliberada) que surgiera de la participación en el programa Alzheimer's Association Safe Return™ o de hacer disponible de la información anterior.

Además, expreso y garantizo a la Alzheimer's Association que tengo poderes y autoridad plena como representante del solicitante nombrado, debidamente autorizado registrarlo y actuar en su nombre.

Firma de representante _____

(Firma/Consentimiento requerido para el registro)

Fecha _____

Método de Pago

Registro por teléfono Registro por correo

Cheque \$ _____

Visa® MasterCard® Diners Club®

Discover® American Express®

Número de tarjeta de crédito _____ fecha de vencimiento _____

Nombre del titular de la tarjeta _____

Firma del titular de la tarjeta

Envíe por correo esta solicitud, una fotografía y el pago a:
Alzheimer's Association Safe Return™

P.O. Box A3687

Chicago, IL 60690-3687